

Stanisława Golinowska

„Srebrna gospodarka” i miejsce w niej sektora zdrowotnego. Koncepcja i regionalne przykłady zastosowania

Słowa kluczowe: starzenie się, „srebrna gospodarka”

■ Wprowadzenie

Dynamiczne starzenie się populacji, mimo że jest to w gruncie rzeczy pozytywny proces przezwyciężania chorób i wydłużania życia ludzi, wywołuje jednak obawy na tle zmian proporcji między generacjami. Jako że starzenie się jest związane także ze zmniejszaniem się dzietności, obawy te dotyczą z jednej strony zmniejszenia dopływu młodych zasobów pracy do rynku pracy, a z drugiej – wzrostu obciążeń utrzymaniem starszej generacji i zaspokajaniem jej specyficznych oraz kosztownych potrzeb.

Proces starzenia się populacji postrzegany jest więc w konsekwencji głównie w kategoriach problemów dla wzrostu gospodarczego i obciążenia kosztami utrzymania osób starszych oraz zaspokajania ich specyficznych potrzeb ze środków publicznych. Na to jednostronne postrzeganie problemu współczesnej zmiany demograficznej używa się nawet terminu „demografia apokaliptyczna” [1], ukazując z jednej strony zmniejszanie się zasobów pracy, a z drugiej – potrzeby odpowiedniego zabezpieczenia materialnego znacznie większych liczebnie „nieprodukcyjnych” grup ludności. W pierwszym przypadku stawia się pytanie, jak rekompensować ograniczenie działania tego kluczowego czynnika wzrostu, jakim jest siła robocza, a w drugim – jak bilansować transfery społeczne, aby zachować równowagę finansów publicznych ogólnie oraz w przekroju międzygeneracyjnym.

Strategie rozwoju krajów, w których proces starzenia się jest najbardziej zaawansowany (stare kraje europejskie i Japonia), eksponują innowacyjność i inteligencję jako metodę na zrehabilitowanie ograniczenia liczebnego młodszych zasobów pracy. Niemniej stratedzy ekonomiczni, tworzący rankingi rozwoju krajów i regionów świata w przyszłości, sytuują kraje ze starzejącą się populacją na gorszych pozycjach.

Na tle tych głównych kierunków strategicznego myślenia o przyszłych problemach i czynnikach rozwoju

wykuwa się refleksja o wykorzystaniu starzenia się populacji do takiego ukierunkowania rozwoju, w którym zmiana struktury potrzeb ludności oraz pewien wzrost aktywności mogłyby się stać źródłem postępu i wzrostu gospodarczego. Refleksja ta znalazła swą nazwę – „srebrna gospodarka” (*silver economy*). W koncepcji srebrnej gospodarki uwaga jest skoncentrowana z jednej strony na potrzebach i popycie starszej populacji, a z drugiej – na jej cechach, które można by i należy wykorzystać do większej aktywizacji i samodzielności. Przyjmuje się przy tym, że wzrost aktywności i społecznej integracji osób starszych jest warunkiem lepszego zaspokajania ich potrzeb, sprzyjając wyższej jakości nie tylko ich życia, ale całego społeczeństwa.

Pojęciu srebrnej gospodarki przydaje się też neutralne znaczenie – jako gospodarki ewoluującej w kierunku potrzeb starszej populacji bez jej specjalnego – interwencyjnego – ukierunkowania. W tym opracowaniu koncentrujemy się jednak na analizowaniu działań podejmowanych w strategiach rozwoju z zastosowaniem mniej lub bardziej aktywnych metod ich ukierunkowania.

Artykuł poświęcony jest wyjaśnieniu koncepcji srebrnej gospodarki oraz przedstawieniu przykładów jej wprowadzenia do strategii i programów rozwoju regionalnego w Europie. Wynika z osobistego zaangażowania autorki w przygotowanie raportu na temat koncepcji srebrnej gospodarki w ramach prac nad strategią rozwoju województwa małopolskiego. Prace nad raportem trwały ponad rok (2009–2010). Główną metodą było wykorzystanie doświadczeń wyniesionych z pracy nad innymi i podobnymi strategiami w Europie oraz specjalnie przygotowane ekspertyzy i debata, organizowana systematycznie przez Departament Rozwoju Regionalnego Urzędu Marszałkowskiego w Małopolsce. Na potrzeby strategii wykonano też kilka oryginalnych badań: przygotowano nowe projekcje demograficzne w odniesieniu do regionu, przeprowadzono nowe rozpoznania w zakresie problemów opieki zdrowotnej nad osobami starszymi,

a także badania uczestnictwa kulturalnego osób starszych oraz „zachowań” instytucji kulturalnych wobec seniorów.

1. Zróżnicowana populacja osób starszych w kolejnych fazach procesu starzenia się

Osoby starsze nie stanowią jednorodnej grupy. Różne są ich potrzeby i sposób życia. Decydującym czynnikiem tego zróżnicowania jest wiek, mimo oddziaływania czynników społecznych, głównie wykształcenia, posiadanych dochodów i sytuacji rodzinnej. Postępujący wiek jest bowiem „miarą” naturalnego procesu starzenia się, który może być tylko modyfikowany przez czynniki społeczne w wyniku ich wpływu na styl życia oraz korzystanie z usług opieki zdrowotnej.

W programach na rzecz starszej populacji wyróżnia się zwykle trzy grupy wiekowe: **50–60/65 lat, 60/65–75 lat i powyżej 75 lat**. Nie zawsze może granice są tak samo wyznaczone. W programach społecznych niektórych krajów druga grupa obejmuje osoby w wieku 60–70 lat, a trzecia zaczyna się znacznie wcześniej – powyżej 70 lat [2]. Istnieje jednak kilka istotnych argumentów za przyjęciem pierwszego i najczęściej spotykanego grupowania. Polskie doświadczenia w konstruowaniu programów dla osób starszych budowane są także na podstawie tego podziału.

Osoby w wieku 50–60/65 lat wchodzi w fazę życia zwaną przez demografów niemobilną ze względu na ograniczone funkcje prokreacyjne i wchodzenie w etap rozwoju rodziny zwany pustym gniazdem w związku z dorastaniem dzieci i ich wychodzeniem z rodzinnego domu. Zmniejsza się też aktywność zawodowa osób po 50. roku życia. Stopa zatrudnienia w tym wieku znacząco spada. Tendencja ta ma w Polsce skalę dramatycznie dużą, szczególnie w odniesieniu do kobiet.

Osoby w wieku 60/65–75 lat wychodzą z rynku pracy i organizują sobie życie na emeryturze. Gdy proces starzenia się przebiega pomyślnie, czyli bez nadzwyczajnych chorób i niesprawności, to jest to aktywny okres życia.

Aktywna faza życia na emeryturze powoli kończy się i przed ukończeniem 80 lat osoby starsze potrzebują coraz bardziej usług zdrowotnych, stają się mniej sprawne i samodzielne. Proces starzenia się może nadal przebiegać pomyślnie, ale potrzeby osób starszych zmieniają się głównie na skutek ograniczeń w funkcjonowaniu organizmu.

Te trzy fazy starzenia się związane są z innymi potrzebami na tle innej fazy cyklu życia oraz realizowanych funkcji społecznych. W pierwszej fazie aktywność zawodowa jest jeszcze relatywnie duża, dochody wysokie i popyt tej grupy osób na dobra i usługi znaczny. Mają też miejsce transfery dochodów do usamodzielniających się dzieci i zakładanych przez nie rodzin oraz zakupy dla nich dóbr trwałego użytku. Często podejmuje się decyzje o zamianie mieszkania i jego dostosowaniu do nowej fazy życia – fazy pustego gniazda. Wzrastają też potrzeby zdrowotne związane z menopauzą u kobiet, andropauzą u mężczyzn oraz ze znacznie częstszym występowaniem w tym okresie życia chorób przewlekłych: cukrzycą,

miażdżycą, niewydolnością serca, artrozą, osteoporozą. Podejmowane są w związku z tym wysiłki zmiany stylu życia na zdrowszy, pojawiają się potrzeby leczenia uzdrowiskowego i turystyki zdrowotnej.

W fazie drugiej – samodzielnego życia na emeryturze – nasilają się potrzeby zdrowotne i poszukiwanie odpowiedniego stylu życia ze względu na dysponowanie większą ilością wolnego czasu. W Polsce czas ten nadal poświęca się głównie rodzinie, ale stopniowo przebija się tendencja do organizowania czasu wolnego na potrzeby własne: rozwoju hobby, uczestnictwa w życiu kulturalnym, pracy społecznej czy politycznej, kształcenia na uniwersytetach trzeciego wieku, podróży, a i nierzadko – kontynuacji pracy zawodowej.

Faza trzecia – uzależniania się od pomocy innych – może mieć przebieg stopniowy i w miarę łagodny. Może mieć też charakter gwałtowny – związany z przebytą chorobą czy urazem, np. po udarze mózgu, skomplikowanych operacjach czy bolesnym wydarzeniu życiowym (np. śmierci partnera). W tej fazie pojawiają się potrzeby opiekuńcze oraz pielęgnacyjne, których zakres zależy od stanu zdrowia i poziomu sprawności. Potrzeby te w wielu społeczeństwach zaspokajane są w rodzinie, ale w miarę wzrostu dynamiki procesu starzenia się wzrasta znaczenie instytucji sprawujących te funkcje. Kompleks instytucji opiekuńczych i pielęgnacyjnych w tej fazie życia zwany jest opieką długoterminową (*long-term care*).

Istotnym elementem zróżnicowania populacji osób starszych w kolejnych fazach życia jest wzrost udziału kobiet. Ten fakt niejednokrotnie prowadzi do charakteryzowania późnej starości jako feminizacji zjawiska.

Dostrzeganie zróżnicowania populacji osób starszych pod względem jej cech i potrzeb jest istotnym argumentem w dostrzeganiu problemu zmiany demograficznej jako neutralnego procesu przemian, bez dramatyzowania i sugerowania gwałtownych reform w dziedzinie transferów społecznych. To podejście mieści się w szerszej koncepcji analizowania przemian z perspektywy cyklu życia i ukierunkowania polityki na międzypokoleniową solidarność. Wiele analiz i propozycji w tej dziedzinie powstało w Niemczech [3], kraju o stosunkowo wczesnym doświadczaniu procesu starzenia się i jego analizowaniu.

2. Potencjał ekonomiczny starszej populacji

Wraz z wiekiem potencjał ekonomiczny starszej populacji, czyli zdolność do wysoko wydajnej pracy i tworzenia produktu narodowego oraz do wykonywania ról społecznych na dotychczasowym poziomie, zmniejsza się i zmienia. Sprawność poszczególnych organów oraz funkcje umysłowe i psychofizyczne człowieka ulegają obniżeniu. Mimo tej naturalnej tendencji tempo tych zmian jest różne, uwarunkowane także zachowaniem (styl i poziom życia) oraz wpływami środowiska. To oznacza, że istnieje możliwość przedłużania aktywności życiowej proporcjonalnie do indywidualnego tempa zmian biologicznych organizmu. Będzie to jednak podjęcie pewnego wysiłku na rzecz „zdrowego starzenia się” zarówno w wymiarze indywidualnym, społecznym, jak i publicznym.

Potencjał ekonomiczny starszej populacji obejmuje zarówno możliwość zwiększonego niż dotychczas włączenia się tej grupy ludności w tworzenie pracy, wzrost zatrudnienia oraz aktywność społeczną, a także inny i znaczny popyt w późniejszej fazie życia.

Aktywność zawodowa

Wzrost potencjału ekonomicznego starszej populacji polega w zasadniczej mierze na przedłużeniu aktywności zawodowej w pierwszej fazie procesu starzenia się. Programy społeczno-ekonomiczne adresowane obecnie do tej grupy ludności mają na celu podtrzymywanie zatrudnienia nie tylko do emerytury, ale także później, wraz z ustawowym przesuwaniem granicy wieku emerytalnego. Z jakimi rezerwami mamy tu do czynienia?

Aktywność zawodowa ludności spada znacząco około pięćdziesiątki. Stopa zatrudnienia osób w wieku 55–64 lata jest w krajach europejskich przeciętnie niższa o ponad 20 punktów procentowych niż ludności w całym statystycznym okresie aktywności (15–64 lata)¹. W końcówce minionej dekady w stosunku do jej początku różnica ta zmniejszyła się i wynosi około 18 punktów procentowych. W Polsce różnica ta była i jest nadal duża; wynosi około 25 punktów procentowych i się nie zmniejsza². Szczególnie niska jest stopa zatrudnienia kobiet w wieku 55–64 lata; w 2010 roku była o 21 punktów procentowych niższa niż mężczyzn, gdy jeszcze w 2003 roku różnica ta wynosiła 15 punktów procentowych [4].

Co stanowi przyczynę tak wczesnego wychodzenia z rynku pracy osób w wieku demograficznie niemobilnym? Pomijając wpływ polityki społeczno-ekonomicznej, stymulującej w pewnych warunkach wcześniejsze wychodzenie z rynku pracy oraz swobodne zachowania pracodawców, nastawionych na szybką wymianę pracowników, w badaniach zwraca się uwagę na decyzje determinowane cechami jednostkowymi. Szczególnie istotne są tu dwie cechy tej grupy ludności: relatywnie niższe wykształcenie oraz gorszy status zdrowotny, a szczególnie wysoki poziom niepełnosprawności.

Z kolei wczesne opuszczanie rynku pracy przez kobiety jest głównie skutkiem przejmowania przez nie funkcji opiekuńczych w rodzinie: z jednej strony opieki nad małymi dziećmi (wnukami), a z drugiej – opieki nad osobami wymagającymi opieki długoterminowej, rodzicami/teściami czy innymi starszymi osobami w rodzinie. Niedorozwój opieki instytucjonalnej wobec tych grup populacyjnych zmusza rodziny do „prywatnego” organizowania sobie usług opiekuńczych. Polska należy do krajów, w których 80% funkcji opiekuńczych nad osobami starszymi jest sprawowana w rodzinie. Ten wskaźnik należy do najwyższych w skali europejskiej [5].

Kobiety wychodzą wcześniej z rynku pracy także z powodu podejmowania pracy zarobkowej w szarej strefie oraz na emigracji. Szczególnie praca sezonowa za granicą w usługach sprzątania, opieki nad osobami starszymi oraz dziećmi wykonywana jest przez tzw. młode emerytki oraz rencistki. Dzięki tej pracy utrzymywane są rodziny w regionach, w których nie ma pracy. Nie tylko Polki w wieku niemobilnym wyjeżdżają do pracy za

granicę, także kobiety z innych krajów regionu Europy Środkowej i Wschodniej.

Wzrost aktywizacji zawodowej stał się priorytetem wielu programów społecznych adresowanych do ludności w pierwszej fazie procesu starzenia się. Najszerszy, jak dotąd, polski program aktywizacyjny „Solidarność pokoleń. Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+”, przyjęty przez rząd na lata 2009–2012 (www.analizy.mpipsw.gov.pl), został ukierunkowany z jednej strony na przekonywanie i zachęcanie pracodawców do podtrzymywania zatrudnienia i zatrudniania osób po pięćdziesiątce, a z drugiej – na podnoszenie tzw. zatrudnialności (*employability*) tych osób przez podnoszenie ich kwalifikacji i umiejętności oraz motywacji do pracy. Nie bez znaczenia dla powodzenia programu są regulacje prawne zakazujące dyskryminacji zatrudniania i wynagradzania, stosowania mobbingu w pracy czy podnoszenia wieku emerytalnego.

Komponent programu związany ze zdrowiem dotyczył rozszerzenia badań identyfikujących ryzyko zagrożenia zdrowia w wieku niemobilnym i wprowadzania działań prewencyjnych w środowisku pracy. Ze względu na ograniczony zakres programu i trudności w szerszej jego ekspansji (pozostaje w gestii jednego resortu, czyli MPiPS) nie wydaje się, aby działania programu w tym zakresie zmieniły dotychczasowy trend, chociaż wprowadzają pewien ruch społeczny wokół zadań programu.

Powodzenie programu wzrostu aktywizacji zawodowej osób w demograficznie niemobilnym wieku zależy istotnie od jego kompleksowości, odpowiednio do przyczyn wcześniejszego wychodzenia z rynku pracy. Po pierwsze programy te powinny się włączać w nurt działań na rzecz tworzenia pracy, wzrostu zatrudnienia oraz poprawy warunków pracy, po drugie – na rzecz wzrostu zatrudnialności osób około 50-letnich (kształcenie i zdrowy styl życia), a po trzecie – w nurt programów wspomagających rodzinę przez rozwój usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych oraz szerzej – programów równoważących sferę pracy i życia prywatnego (*work-life balance*).

Kariera zawodowa i wynagrodzenia

Typowy dotychczas przebieg karier zawodowych pokazuje, że w wieku około 50 lat osiąga się przeciętnie szczyt swych możliwości i jednocześnie najwyższe wynagrodzenia z pracy. Z badań porównawczych wynika, że przyrost wynagrodzeń jest najwyższy po 20 i więcej latach pracy – około pięćdziesiątki, i dotyczy to większości krajów świata zachodniego, a szczególnie Europy. Tylko w Wielkiej Brytanii szczyt zarobków przypada na okres wcześniejszy – około 40 lat. W nowych krajach członkowskich szczyt wynagrodzeń dotyczy osób zaledwie trzydziestoparoletnich, a osób szczególnie młodych – w Estonii [6]. W Polsce staż pracy ma ciągle wysokie znaczenie w wyznaczaniu płac, ale zakres osób pracujących w starszym wieku jest bardzo niski.

Zgodnie z teoriami w dziedzinie zarządzania zasobami pracy po osiągnięciu szczytowej pozycji zawodowo-ekonomicznej następuje trudny okres starań o jej utrzymanie. Indywidualne, a nawet grupowe doświadczenia

mogą być oczywiście inne od typowego przebiegu, zależnie głównie od wykształcenia oraz posiadanych kwalifikacji wzmocnionych wysokim na nie popytem.

Polskie doświadczenia okresu transformacji spolaryzowały przebieg losów zawodowych populacji w wieku demograficznie niemobilnym. Z jednej strony nastąpił spadek popytu na tradycyjne zawody w przemyśle i rzemiośle, powstało więc zagrożenie wzrostem bezrobocia dla tych grup pracowników. Zaczęli opuszczać rynek pracy lub zmieniać zawód. Z drugiej strony – przyspieszeniu uległa kariera zawodowa osób o wysokich kwalifikacjach, tzw. fachowców, i doświadczonych w sferze zarządzania w niektórych branżach gospodarki. Jako że ich wynagrodzenia znacząco wzrastały, grupa ta zaczęła „dyktować” model kariery oparty zarówno na wysokich kwalifikacjach i umiejętnościach, jak i doświadczeniu. Młodzi absolwenci szkół byli znacznie mniej atrakcyjni ze względu na brak doświadczenia.

Oszczędności i majątek

Teoria cyklu życia dotycząca prawidłowości w oszczędzaniu, sformułowana przez amerykańskiego ekonomistę włoskiego pochodzenia Franco Modiglianiego, zakłada, że jednostki i gospodarstwa domowe dążą do wyrównanego poziomu konsumpcji w ciągu całego życia [7]. Młodzi ludzie, którzy zarabiają niewiele, zaciągają raczej kredyty (np. na mieszkanie, jego wyposażenie i samochód), wydają więc więcej, niż zarabiają. W średnim wieku osiągają najwyższe dochody, spłacają kredyty z młodości i jeszcze oszczędzają na starość. Ich oszczędności są dodatnie i wysokie. Kiedy jako emeryci opuszczają rynek pracy, żyją ze środków zgromadzonych w młodości i wieku średnim na kontach emerytalnych oraz z własnych oszczędności. Ich oszczędności są wtedy coraz bardziej ujemne.

Badania empiryczne nie potwierdzają w pełni teorii Modiglianiego³. W odniesieniu do osób starszych okazuje się bowiem, że ta grupa ludności raczej konsumuje mniej niż wynoszą jej dochody, szczególnie że w większości krajów środki na bieżącą konsumpcję pochodzą z powszechnych ubezpieczeń społecznych. W konsekwencji osoby starsze nadal oszczędzają, odkładając świadomie na potrzeby związane ze zdrowiem, opieką i odejściem (teorie oszczędności rezerwowych). Z danych i analiz Luxembourg Welath Study [8] wynika, że mimo różnicowania wzorów oszczędzania według krajów (w Stanach Zjednoczonych ogólnie oszczędza się znacznie mniej niż w Niemczech), osoby starsze należą zawsze do grup najbardziej przezornych i o najniższym zadłużeniu. Ponadto w krajach dobrobytu osoby starsze posiadają znaczny majątek, co stanowi zabezpieczenie na wypadek nagłego wzrostu pewnych potrzeb, wymagających uruchomienia dodatkowych środków.

W Polsce osoby starsze także oszczędzają, i to nie tylko te posiadające wyższe dochody. Ten fakt interpretowany jest jako działanie niepewności. Mimo relatywnie stabilnego systemu emerytalnego, który nawet w najtrudniejszych latach transformacji nie zawodził, starania emerytów o posiadanie jakiejś rezerwy dochodowej są

wyraźne. Badania wskazują przy tym, że osoby starsze, przejawiające mniejszą skłonność do ryzyka, oszczędzają głównie w formie depozytów bankowych, a następnie – w funduszach inwestycyjnych [9]. *Nota bene* ten sposób oszczędzania jest charakterystyczny dla szerszej populacji w Polsce, ciągle sceptycznej wobec produktów rynku finansowego.

Potrzeby i popyt starszej populacji

Dostrzeganie procesu starzenia się w kontekście ekonomicznym uwzględnia także potencjalnie większy i specyficzny popyt osób starszych, umożliwiając opłacalny rozwój określonej produkcji. Współczesna gospodarka opiera się głównie, jak dotychczas, na potrzebach młodszej populacji, która jest znacznie bardziej dynamiczna, poddaje się modzie i naśladownictwu, akceptuje nowe technologie i jej skłonności konsumpcyjne są ogólnie większe [11].

Wraz z wiekiem popyt zmienia się nie tylko strukturalnie (inne potrzeby są decydujące w jego kształtowaniu: mieszkanie i opłaty z nim związane oraz ochrona zdrowia stają na czele hierarchii wydatków), ale zmienia się także podejście do konsumpcji. Konsumpcja jest wprawdzie mniej dynamiczna, ale wzrasta znaczenie jakości produktów oraz dostosowanie do bardziej zindywidualizowanych wymagań. Ten fakt przy rosnącej liczbie klientów w wieku niemobilnym i starszym spowodował odkrycie „srebrnego rynku”, w którym dobra jakość i dostosowanie produktów tworzy nowe wzornictwo, nowe technologie i nowe linie produkcyjne. Proces starzenia się staje się źródłem innowacji [12].

Na „srebrnym rynku” produkty muszą być też tworzone bardziej efektywnie. Powinny być nie tylko wysokiej jakości i bezpieczne ze względu na zdrowie, ale także relatywnie tanie. Zwiększa się czas zakupu ze względu na poszukiwanie odpowiednich produktów. Na „srebrnym rynku” wzrasta rola usług w stosunku do produktów.

Te ogólne tendencje dotyczące zmian popytu pod wpływem wieku są zróżnicowane ze względu na wykształcenie i dochody. Przy wyższych dochodach konsumpcja jest dłużej „młoda”, a przy wyższym wykształceniu bardziej ukierunkowana na produkty o wysokiej jakości. Wpływ wykształcenia i dochodów odzwierciedlają międzynarodowe porównania konsumpcji osób w średnim i starszym wieku. W krajach zamożnych konsumpcja lepiej wykształconych osób w wieku przed-emerytalnym jest zaraz po wyjściu z rynku pracy ogólnie wyższa niż przeciętnie, a w dziedzinie rekreacji, kultury i zdrowia – znacznie wyższa.

Analizy zachowań konsumpcyjnych w Polsce w ciągu ostatnich dwudziestu lat zwracają uwagę na wysoką skłonność do konsumpcji całej populacji, także osób starszych (emerytów) [13]. Jak wynika z badań, wyższa skłonność osób pracujących do konsumpcji, a mniejsza do oszczędzania, była szczególnie widoczna w latach dziewięćdziesiątych. Atrakcyjna oferta rynkowa „uwodziła” konsumentów doświadczających wcześniej deficytów gospodarki niedoboru, a budzących zaufanie

produktów instytucji finansowych jeszcze nie było w dostatecznej skali. W następnej dekadzie nie tyle produkty inwestycyjne, ile kredytowe zdobyły popularność, zwiększając konsumpcję – także osób starszych.

Jak dowodzą analizy na temat relacji między konsumpcją a oszczędnościami [14] – to stałość dochodu w dłuższym okresie jest czynnikiem sprzyjającym wzrostowi konsumpcji (i zmniejszaniu skłonności do oszczędzania). Emeryci mają ten dochód – na razie – zagwarantowany przez system ubezpieczeń społecznych. Nic więc dziwnego, że, jak wynika z sygnałów rynkowych, popyt na kredyty konsumpcyjne dla osób po sześćdziesiątce jest widoczny, a banki „lubią emerytów” jako swych klientów.

3. Miejsce sektora zdrowotnego w srebrnej gospodarce

Rola sektora zdrowotnego w koncepcji srebrnej gospodarki postrzegana jest w dwóch sferach. Z jednej strony – w rozwoju rynku produktów medycznych, niezbędnych w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych osób starszych. Chodzi tu zarówno o leki i suplementy diety, jak i o urządzenia wspomagające funkcje niektórych organów oraz sprzęt rehabilitacyjny, dostosowany do ograniczonej sprawności osób starszych. Z drugiej strony – w rozwoju usług zdrowotnych, zarówno o charakterze prewencyjnym, jak i leczniczym oraz pielęgnacyjnym.

Rynek produktów medycznych jest coraz bardziej wymagający, tworząc szeroką przestrzeń dla innowacji. Jego rozwój w znacznym stopniu zależy od finansowania zakupów tych produktów. W jakim zakresie fundusze publiczne mogą być tu obecne – będzie zawsze zadawanym pytaniem bez jednoznacznej odpowiedzi. Tendencje finansowania tych produktów wskazują, że jest to coraz bardziej finansowanie mieszane lub całkowicie prywatne [8]. Na rynku produktów medycznych coraz częściej obecne są także produkty innych branż, dostosowane do specyficznych potrzeb osób starszych (np. aparaty telefoniczne prostsze w obsłudze i z klawiaturą z dużymi literami). Im bardziej przyjaźnie zostaną zaprojektowane, na tym większy sukces mogą liczyć producenci.

Rynek usług zdrowotnych dla osób starszych – to rynek z dominacją leczenia chorób przewlekłych oraz rynek usług pielęgnacyjnych. W tej sferze mamy do czynienia z opóźnieniami reakcji na potrzeby zdrowotne osób starszych. Mimo oczywistych zmian epidemiologicznych wywołanych procesem starzenia się populacji ani kształcenie w zawodach medycznych, ani rozwój placówek zdrowotnych nie nadążają za potrzebami starszych pacjentów. W odniesieniu do kształcenia jest to tendencja uniwersalna [15], ale w krajach o niskim poziomie finansowania ochrony zdrowia, a Polska do takich należy, powstaje luka zagrażająca dalszej poprawie poziomu życia, i to nie tylko osób starszych.

Rozwój placówek usług zdrowotnych jest silnie uwarunkowany istnieniem odpowiedniej skali zasobów kadr medycznych. Potrzeby zdrowotne starszej populacji nie są wystarczającym impulsem do ukierunkowania kształcenia w odpowiednich specjalnościach, niezbędnych w skutecznej opiece nad starszymi pacjentami. Potrzebne są dodatkowe stimulatory: silne poparcie społeczne

oraz interwencje polityków, umożliwiające zastosowanie korzystnych motywacji służących potrzebnym wyborom w edukacji medycznej.

Zaspokojenie potrzeb zdrowotnych starszej populacji wymaga nowej koncepcji instytucjonalnej, umożliwiającej starszym osobom łatwy dostęp do trafnej i zdrowotnie efektywnej usługi. Analogicznie jak w przypadku poradni zdrowia dziecka potrzebne są poradnie zdrowia seniora prowadzone przez specjalistów geriatrici. Poradnie powinny być bardziej kompleksowe niż centra zdrowia dla innych grup ludności. Obok funkcji leczniczych powinny obejmować doradztwo w zakresie żywienia i stylu życia oraz pomocy socjalnej i psychologicznej, usługi rehabilitacyjne, a także w podstawowym zakresie usługi ogólnie informacyjne i edukacyjne. Projekt takiego centrum powinien być na tyle uniwersalny, aby mógł się stać standardem opieki zdrowotnej dla osób starszych. Wzorem mogą być kanadyjskie ośrodki, wśród których za „dobrą praktykę” można uznać centrum w Halifax w Nowej Szkocji.

Ochrona zdrowia w koncepcji srebrnej gospodarki wymaga znacznie większej integracji systemu, niż to ma miejsce obecnie. Chodzi przy tym nie tylko o integrację działań *stricte* medycznych, lecz także socjalnych i opiekuńczych.

W sumie – zaspokojenie potrzeb zdrowotnych starszych grup ludności stanowi wymagające wyzwanie dla przemian w zarządzaniu ochroną zdrowia, dzięki którym możliwe są:

- Monitorowanie sytuacji zdrowotnej (epidemiologicznej) w celu zastosowania odpowiednich i lokalnie trafnych programów profilaktycznych i prewencyjnych oraz promocji zdrowia dla osób starszych.
- Podejmowanie odpowiednich inicjatyw oraz programów zdrowotnych dotyczących podtrzymania zdrowia osób starszych w ramach regionalnych i lokalnych działań zdrowia publicznego, uwzględniając specyfikę społeczno-epidemiologiczną na danym terenie.
- Dostęp do geriatrycznej opieki ambulatoryjnej, zintegrowanej z rehabilitacją dla osób starszych i z ograniczoną sprawnością, poradnią psychologiczno-psychiatryczną dla osób starszych oraz miejscem zdrowego żywienia i innego doradztwa na temat zdrowego stylu życia. Byłyby to „centra zdrowia seniora”.
- Integracja opieki długoterminowej oraz socjalnej na szczeblu lokalnym; wyodrębnienie budżetu na ten cel z administracją kierującą do odpowiednich usług na podstawie odpowiedniego rozeznania sytuacji (stan zdrowia, testy sprawności, sytuacja rodzinna, sytuacja dochodowa itp.).
- Ścisła współpraca sektora publicznego i prywatnego (*non-profit* i *for-profit*) w celu zastosowania optymalnych sposobów opieki zdrowotnej i socjalnej oraz jednolity nadzór nad jej sprawowaniem.

4. Bońska Deklaracja

Zwrócenie uwagi także na pozytywne konsekwencje ekonomiczne starzenia się populacji i wskazywanie wniosków dla ukierunkowania polityki wobec biznesu, a szerzej – wobec polityki rozwoju gospodarczego, umożliwiającego wydobywanie tych korzyści, ukształtowało nurt rozważań nazwanych koncepcją srebrnej gospodarki (*silver economy*). Najwcześniej w Europie zaczęto na ten temat dyskutować i pisać w Niemczech. Do całościowego wyartykułowania koncepcji przyczynił się piąty ekspercki raport o sytuacji starszych osób w Niemczech, zlecony przez niemieckie ministerstwo ds. rodziny, seniorów, kobiet i młodzieży [16], w którym jednoznacznie postuluje się działania na rzecz srebrnej gospodarki. *Nota bene* wiele odniesień i przykładów pochodzi z Japonii, w której od pewnego już czasu mają miejsce działania podejmowane w ramach tzw. srebrnego rynku (*silver market*).

Ekspertki i propagatorzy srebrnej gospodarki twierdzą, że starsza populacja w przyszłości, także tej najbliższej, to populacja inna pod względem struktury społecznej niż seniorzy w okresach wcześniejszych; znacznie lepiej wykształcona i mobilna, a przy tym żyjąca w lepszych warunkach i w świecie dostępnej powszechnie informacji. Seniorzy najbliższych lat mają szansę być znacznie bardziej aktywni jako pracownicy, producenci, a przede wszystkim – konsumenci. Aby tendencja ta była powszechna – trzeba by bardziej zainwestować w rozwiązania dostosowane do tej grupy. Dla grupy młodszych seniorów – w przyjazne warunki pracy, przyjazną infrastrukturę transportową i wdrożenie stylu pracy w firmach zwanego równowagą praca–życie. Dla grupy seniorów na emeryturze – budowanie dostosowanych mieszkań i przyjaznej infrastruktury lokalnej. Dotychczasowe tendencje: rozwój wielkich sieci handlowo-usługowych oraz wirtualizacja transakcji wymagają rozwiązań równoległych: lokalnych i mniejszych ośrodków, w których będą możliwe tradycyjne usługi, zakupy i kontakty. Dla najstarszych – regulacje i rozwiązania umożliwiające zarówno domową opiekę pielęgnacyjną i socjalną, jak i stacjonarne usługi długoterminowe.

Cechy i kierunki rozwoju srebrnej gospodarki zostały przedstawione przez grupę europejskich ekspertów i przyjęte jako tzw. Bońska Deklaracja, wskazując, że aktywne przygotowanie gospodarki do nowych proporcji demograficznych jest szansą na poprawę jakości życia, wzrost ekonomiczny i konkurencyjną Europę (*Bonn Declaration for the Silver Economy as an Opportunity for Quality of Life, Economic Growth and Competitiveness in Europe*; www.silvereconomy-europe.org).

Cele deklaracji oraz ruchu srebrnej gospodarki zostały sformułowane następująco:

- Uświadamianie i budowanie wiedzy o szansach starzejącego się społeczeństwa.
- Poparcie dla działań regionalnego przemysłu i usług ukierunkowanych na rozwój srebrnej gospodarki.
- Inicjowanie i stymulowanie wymiany doświadczeń na temat srebrnej gospodarki i rozwijanie regionalnych sieci na jej rzecz.

- Tworzenie europejskich ośrodków wiedzy na temat usługowego (obsługowego) wymiaru srebrnej gospodarki oraz problemów społecznych i politycznych z nią związanych.
- Popieranie członków sieci w rozwoju regionalnych inicjatyw i globalnego marketingu w odniesieniu do produktów i usług srebrnej gospodarki.
- Promocja inicjatyw politycznych na poziomie europejskim w celu przygotowania europejskich programów srebrnej gospodarki i europejskiego przywództwa w ich wprowadzeniu na świat.
- Udzielanie wszechstronnego poparcia politycznego dla inicjatyw w ramach koncepcji srebrnej gospodarki na każdym poziomie: narodowym, regionalnym i europejskim.

Bońska Deklaracja wywołała szereg inicjatyw, do których należą m.in. stworzenie sieci europejskich regionów, zainteresowanych srebrną gospodarką oraz organizowanie stałych konferencji, pozwalających na wymianę informacji, wyników badań oraz ukazywanie dobrych praktyk. Wokół tych inicjatyw powstało kilka badań i raportów, w których trzy tematy są częściej przedmiotem rozważań: rynek produktów finansowych zorientowanych na starszego klienta, podaż i dostęp do nowych technologii informacyjnych dla osób starszych oraz rynek nieruchomości dla starszych gospodarstw domowych.

5. Regionalny charakter srebrnej gospodarki

Aktywna koncepcja srebrnej gospodarki ma raczej charakter regionalny, co oznacza, że tylko w niektórych miejscach istnieją zasoby możliwe do uruchomienia w celu ukierunkowania rozwoju na potrzeby osób starszych. Nie oznacza to jednak, że ukierunkowanie to zaadresowane jest głównie do populacji danego regionu. Dynamiczny rozwój srebrnej gospodarki wymaga szerszego zakresu – zdecydowanego wyjścia z produkcją ponad region. Ponadto nie musi wynikać z wyprzedzających zmian demograficznych, czyli większego zaawansowania procesu starzenia się w danym regionie. Przeciwnie. Srebrna gospodarka jako koncepcja rozwoju powinna być rozważana raczej w regionach „młodszych”, w których istnieje demograficzny potencjał jej uruchomienia i „obsługi”.

Dotychczasowe przykłady (opisane poniżej) ukierunkowania rozwoju na typ srebrnej gospodarki zwracają uwagę na następujące cechy regionu, który jest bardziej doń predestynowany:

- Istnieją zasoby pracy – region nie cierpi na brak siły roboczej.
- Istnieje rozwinięte szkolnictwo zdolne do kształcenia specyficznych kadr potrzebnych srebrnej gospodarce.
- Region nie jest monokulturowy pod względem produkcyjnym. Istnieje w regionie szeroka oferta produkcyjna ze znaczną tradycją rzemiosła i małych firm, posiadających łatwość dostosowywania produkcji do silnie zindywidualizowanych potrzeb osób starszych.
- Istnieje w regionie odpowiednia infrastruktura transportowa i komunikacyjna lub plany jej rozwoju są

dostosowane do korzystania przez osoby starsze i z ograniczoną sprawnością.

- Istnieje lub jest planowane odpowiednie zagospodarowanie przestrzeni publicznej, tak aby osoby starsze i z ograniczeniami sprawności mogły w pełni uczestniczyć w życiu publicznym.
- **Istnieje potencjał kadrowy do uruchomienia licznych placówek ochrony zdrowia, w tym rehabilitacji.**
- Istnieją podstawy do rozwoju odpowiednich instytucji opieki dla osób w podeszłym wieku; zarówno opieki domowej, jak i stacjonarnej.
- Istnieją zasoby do uruchomienia turystyki zdrowotnej i przyjaznej dla osób starszych.
- Istnieją zasoby i zdolność do orientacji usług kulturalnych także na potrzeby osób starszych.

Rozwój srebrnej gospodarki w regionie wymaga instytucjonalnej odpowiedzialności za wdrożenie koncepcji i koordynację podejmowanych działań, zarówno na szczeblu władz regionalnych ogólnie, jak i w podstawowych komórkach branżowych. Szczególnym problemem jest natomiast oddziaływanie władz regionalnych na szczeble lokalne. Zasadnicze działania w ramach koncepcji srebrnej gospodarki podejmowane są bowiem lokalnie. W sytuacji, w której szczebel regionalny ma słabe narzędzia bezpośredniego oddziaływania na szczeble lokalne, tak jak to ma miejsce w Polsce, niezbędne jest rozważenie wszelkich sposobów wpływania na decyzje lokalne w zgodzie z regionalną koncepcją srebrnej gospodarki.

6. Przykłady koncepcji strategii srebrnej gospodarki w ramach regionalnych strategii i programów rozwoju

Niewiele przykładów programowania rozwoju regionalnego można zaprezentować jako jednoznacznie zgodnych z kompleksową koncepcją srebrnej gospodarki, mimo że ostatnie lata przyniosły w Europie wiele inicjatyw wspierających rozwój potrzeb starszej populacji. Wydaje się, że jako koncepcyjnie jednoznaczne można by przedstawić dwie inicjatywy. Jeden przykład dotyczy kraju niemieckiego Północnej Nadrenii-Westfalii (Nordrhein-Westfalen), a drugi polskiego regionu Małopolska.

Inicjatywa z Północnej Nadrenii-Westfalii (Nordrhein-Westfalen)

Na początku nowej dekady XXI wieku zaczęto w Niemczech podejmować inicjatywy mieszczące się w koncepcji srebrnej gospodarki. Nastąpiło przejście od fazy rozważań i dyskusji do działania [17]. Za pierwszą inicjatywę można uznać powstały w 2000 roku projekt gospodarki dla seniorów w Północnej Nadrenii-Westfalii (Seniorenwirtschaft NRW)⁴. W 2002 roku został on zinstytucjonalizowany. Przy krajowym rządzie powstała organizacyjna komórka do spraw projektu „gospodarka seniorów” ze wskazanymi przekrojowo zadaniami, nastawionymi na realizację dwóch zasadniczych celów: (1) poprawy jakości życia przez dostęp do produktów i usług dostosowanych do potrzeb osób starszych,

(2) mobilizację siły nabywczej osób starszych. Ten drugi cel był eksponowany w kontekście krytycznej oceny zbyt niskiej konsumpcji osób starszych, która tradycyjnie stawiana jest na drugim miejscu sposobu życia seniorów – po oszczędnościach. Przyjmowano, że dzięki realizacji tych celów poprzez różne działania promocyjno-motywacyjne powstanie impuls do tworzenia nowych miejsc pracy, wzrośnie konkurencyjność firm, a kraj Północnej Nadrenii-Westfalii stanie się w Europie rozpoznawalny dzięki kompetencjom w zaspokajaniu potrzeb osób starszych i będzie z tego korzystał.

Pierwszym krokiem realizacji inicjatywy było rozpoznanie i określenie głównych obszarów działań, zasadniczych dla rozwoju srebrnej gospodarki w tym niemieckim kraju. Były to następujące obszary czy branże gospodarki (Wieland: www.seniorenwirt.de):

- mieszkalnictwo;
- handel, usługi i rzemiosło;
- jakość produktów i usług;
- podróże, transport;
- kultura i czas wolny.

Co wydaje się charakterystyczne dla tej inicjatywy, to silne powiązanie działań na rzecz poprawy jakości życia osób starszych z aktywizacją gospodarczą regionu ze zdecydowanym priorytetem dla stymulowania gospodarki mieszkaniowej. Konkretnie inicjatywy z mieszkaniowego obszaru dotyczyły, po pierwsze, dostosowanego i przyjaznego osobom z obniżającą się sprawnością budownictwa mieszkaniowego. Projektowanie inteligentnych w tym aspekcie mieszkań, ich promowanie i finansowe wspieranie stało na czele inicjatywy. Po drugie – projektów budynków z częściowo zbiorowym wykorzystywaniem powierzchni na cele usługowe (pralnie, jadłodajnie, pomieszczenia rehabilitacyjne i czytelnio-kawiarnie z dostępem do Internetu). Po trzecie – projektów domów seniora zbiorowej opieki stacjonarnej z nowoczesnym wyposażeniem pod względem zastosowania technologii wspomagających pielęgnację osób z obniżonym ADL, czyli trudnościami samodzielnego wykonywania funkcji dnia codziennego.

Inny element charakterystyczny dla koncepcji „gospodarki seniorów” z Północnej Nadrenii-Westfalii dotyczy rozwoju usług, zarówno usług domowych na rzecz starszych gospodarstw domowych, jak i usług osobistych, związanych z pielęgnacją ciała, ubraniem i żywieniem. Niska podaż tych usług, wysokie ceny i ryzyko związane z korzystaniem z nich w szarej strefie stanowią w opinii mieszkańców regionu jedną z większych uciążliwości ich samodzielnego życia. Stąd eksponowanie w projekcie rozwiązań służących rozwojowi usług domowych i osobistych dla osób starszych.

Akcentowaniu znaczenia usług domowych i osobistych dla osób starszych towarzyszyły ekspertyzy i postulaty rozwoju rzemiosła i małych lokalnych firm, przedstawione w ramach rządowego projektu *Zukunftschancen durch Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter* [18], nastawionych na zindywidualizowane potrzeby napraw, modernizacji i remontów mieszkań, domów i sprzętu domowego, na rozwój produkcji zdrowej żywności i małej gastronomii z możliwością zama-

wiania dostosowanej diety, na rozwój produkcji indywidualnie dostosowanego sprzętu rehabilitacyjnego i usług zajmujących się jego naprawami oraz konserwacją.

Wśród wielu usług osobistych potrzebnych osobom starszym podnoszono szczególnie znaczenie usług doradztwa i nadzoru zdrowotnego. Ten ciekawy postulat nie był adresowany do środowiska medycznego, lecz bardziej do grup zawodów socjalnych i opiekuńczych, których kształcenie wymagałoby dostarczania większej wiedzy na temat zdrowia i potrzeb zdrowotnych starszych ludzi.

Niemieccy seniorzy lubią podróże i turystykę, podobnie zresztą jak i całe społeczeństwo w Niemczech. Z tego też powodu przyjazna osobom starszym infrastruktura podróżowania, dobra organizacja oraz informacja w tym zakresie stanowią kolejną cechę wyróżniającą niemieckie projekty srebrnej gospodarki.

Inicjatywa srebrnej gospodarki w Północnej Nadrenii-Westfalii znalazła wielu entuzjastów i interesariuszy. Pierwszoplanowe role odegrali w niej wprawdzie eksperci gerontologii ze środowisk naukowych, ale razem z nimi inicjatywę forsowali urzędnicy i politycy rządu krajowego oraz izby gospodarcze (szczególnie rzemiosła) i stowarzyszenia producentów oraz klientów. Koncepcja oraz działania projektu „gospodarki seniorów” z Północnej Nadrenii-Westfalii zostały zaprezentowane na forum europejskim i wskazane innym regionom europejskim jako dobra praktyka.

Koncepcja srebrnej gospodarki w Małopolsce

W latach 2009–2010 w ramach prac nad strategią rozwoju województwa małopolskiego do 2020 roku podjęto inicjatywę przygotowania podejścia nawiązującego do koncepcji srebrnej gospodarki, przyjmując, że Małopolska posiada odpowiednie zasoby, służące jej wdrożeniu i rozwojowi. Opracowanie to zostało przygotowane przez interdyscyplinarny zespół ekspertów, praktyków oraz urzędników samorządu wojewódzkiego, zaprezentowane na lokalnych konferencjach i opublikowane [19].

W pracach nad strategią przyjęto, że jej podstawą będzie szerokie rozpoznanie potencjału, jaki posiada Małopolska, w celu realizacji koncepcji srebrnej gospodarki. Podobne podejście zastosowano w podregionie Getyngi niemieckiego kraju Dolnej Saksonii [20]. Co innego jednak analizowano jako potencjał dla rozwoju srebrnej gospodarki w Getyndze niż w Krakowie. Niemieccy eksperci w większym zakresie analizowali siłę nabywczą ludności starszej niż infrastrukturę regionu i dostęp do dóbr usług, która dominowała w polskich analizach. Kilka problemów badano w obu dokumentach podobnie: aktualny i przyszły potencjał demograficzny, zaangażowanie osób starszych w działalność społeczną i polityczną, zainteresowania i preferencje oraz potrzeby zdrowotne i opiekuńcze.

Podstawowa różnica w podejściu do analizy potencjału w badaniach małopolskich polegała na szerszej analizie zasobów pracy i ścieżek edukacyjnych nastawionych na kształcenie w kierunkach medycznych i opiekuńczych potrzebnych osobom starszym. W raporcie niemieckim

akcentowano natomiast kwalifikacje rzemieślnicze potrzebne w drobnej produkcji i usługach dla gospodarstw domowych starszych osób. Doświadczenia niemieckie w samodzielnym prowadzeniu gospodarstw domowych przez osoby starsze są znacznie większe niż w Polsce, gdzie ciągle znaczenie ma życie w dużej czy przy dużej rodzinie. Tendencja ta już ulega zmianie i małe (bardzo często jednoosobowe) samodzielne gospodarstwa osób starszych mają coraz większą skalę, a ich popyt zyskuje na znaczeniu.

W małopolskiej koncepcji srebrnej gospodarki wiele miejsca znalazły analizy i postulaty z zakresu zdrowia publicznego w nurcie „zdrowego starzenia się”. Sięgano przy tym do doświadczeń Wielkiej Brytanii (głównie do *The South East England Health Strategy. A strategy for improving health and well-being in the South East region* oraz *Oxfordshire's Strategy for Ageing 2010–2015*) oraz do innych przykładów europejskich, które były dostępne dzięki uczestnictwu Małopolskiego Urzędu Marszałkowskiego w europejskim regionalnym projekcie *Innovation People for Societal Change* (www.peopleproject.eu).

W małopolskim projekcie srebrnej gospodarki analizowano w sposób bardziej pogłębiony potencjał kapitału społecznego starszej generacji. Zwrócono uwagę na regionalną specyfikę uczestnictwa w kulturze i działalności edukacyjnej starszej populacji (szczególnie uniwersytety trzeciego wieku i lokalne kluby seniora) oraz na inne formy tzw. działalności społecznej i pozarodzinnych więzi społecznych.

Analizy potencjału rozwojowego srebrnej gospodarki w Małopolsce dotyczyły:

1. Tendencji w zakresie rozwoju demograficznego.
2. Potencjału edukacyjnego w regionie: zasoby szkolnictwa, struktura kształcenia według kierunków oraz rezultaty kształcenia.
3. Potencjału i tendencji w rozwoju organizacji społecznych (NGO) ukierunkowanych na potrzeby osób starszych i prowadzonych przez osoby starsze.
4. Potencjału infrastrukturalnego i kadrowego ochrony zdrowia ukierunkowanego i możliwego do ukierunkowania na potrzeby zdrowotne osób starszych.
5. Zasobów uzdrowiskowych i rehabilitacyjnych w województwie małopolskim.
6. Zasobów mieszkaniowych osób starszych.
7. Potencjału lokalnych placówek opiekuńczych i pielęgnacyjnych.
8. Stanu infrastruktury transportowej i komunikacyjnej, umożliwiającej dostęp do placówek zdrowotnych i rehabilitacyjnych oraz szerzej – przyjaznych i pozwalających osobom starszym na mobilność.
9. Zagospodarowania przestrzeni publicznej (szczególnie w miastach) przyjaznej osobom starszym.
10. Infrastruktury oraz oferty kulturalnej i turystycznej atrakcyjnej dla osób starszych.
11. Potencjału dochodowego i majątkowego ludności w regionie według wieku.
12. Potencjału produkcyjnego w regionie, atrakcyjnego dla rozwoju koncepcji srebrnej gospodarki.

Rozpoznanie potencjału rozwoju Małopolski w 12 powyżej sformułowanych dziedzinach pozwoliło na po-

zytywną w gruncie rzeczy odpowiedź odnośnie do możliwości rozwoju srebrnej gospodarki w regionie, ale pod kilkoma bardzo znaczącymi warunkami. Dotyczą one ukierunkowania znacznej skali inwestycji infrastrukturalnych w zgodzie z opracowaną koncepcją srebrnej gospodarki. Inwestycje te dotyczyłyby: transportu do atrakcyjnych ośrodków edukacyjnych, rehabilitacyjnych i uzdrowiskowych oraz turystycznych w regionie, umożliwiających wykorzystanie istniejącego potencjału ludzkiego i przyrodniczych oraz mineralnych bogactw uzdrowiskowych miejscowości w Małopolsce. Inny ważki warunek dotyczy wzrostu możliwości oddziaływania władz województwa na lokalne decyzje w zakresie kierunków inwestowania oraz możliwości koordynowania działań o charakterze regionalnym zarówno w wymiarze centralno-regionalnym, jak i regionalno-lokalnym. Polskie województwa nie mają dostatecznych kompetencji oraz odpowiednich narzędzi służących realizacji własnych regionalnych koncepcji rozwojowych.

Rekomendacje autorów małopolskiej koncepcji srebrnej gospodarki poza wskazaniem i uzasadnieniem kierunkowych obszarów wsparcia zmierzały do rozważenia zmian systemowych ustroju decentralizacji w Polsce w celu wzmocnienia funkcji koordynacyjnych województwa, w którym opracowuje się wprawdzie strategię rozwoju regionu, ale którego odpowiedzialność za realizację opracowanych strategii jest ograniczona ze względu na brak potrzebnych instrumentów.

Zwracano też uwagę na to, że strategia srebrnej gospodarki potrzebuje promocji w celu przekonania regionalnych interesariuszy do jej wspierania, a przynajmniej rozumienia problemu. Polskie aspiracje modernizacyjne są bardzo silnie zdominowane przez nowe technologie informacyjne i motoryzacyjne oraz dominację produktów „młodzieżowej konsumpcji”. Zaspokajanie potrzeb starszej generacji z trudem mieści się w pojęciu innowacji. Stąd prawdopodobnie problem ten nie jest dostatecznie reprezentowany w innowacyjnych strategiach rządu i polskich regionów.

Wnioski

W koncepcji srebrnej gospodarki zawarte są dwa elementy o dużym znaczeniu, zarówno społecznym, jak i ekonomicznym.

Społeczne znaczenie koncepcji srebrnej gospodarki polega na wyjściu naprzeciw potrzebom i aspiracjom starzejącej się populacji, respektując zarówno potrzebę dalszego uczestnictwa w życiu społecznym, jak i słabości osób starszych wymagające działań rekompensujących i wspierających. Ten element koncepcji zawiera się w nurcie poprawy jakości życia osób starszych, zwracając uwagę na wzrost zróżnicowania populacji seniorów pod względem wykształcenia i stylu życia.

Ekonomiczne znaczenie koncepcji srebrnej gospodarki polega na wskazaniu korzyści wynikających z uruchomienia czynników potencjału wzrostu, jakie reprezentuje starsza populacja: pracy, kwalifikacji, siły nabywczej i konsumpcji.

Wdrożenie koncepcji srebrnej gospodarki do strategii rozwoju regionu może stanowić dodatkowy czynnik jego dynamizacji. Zastosowanie takiego ujęcia ułatwia istnienie w określonym regionie specyficznych zasobów, które wymagają uruchomienia i włączenia w proces gospodarczy. To oznacza, że nie każdy region posiada takie zasoby i w konsekwencji – nie w każdym dostatecznie skuteczne byłoby wdrożenie koncepcji srebrnej gospodarki.

Z analiz i rozważań w tej dziedzinie wynika, że Małopolska ma kilka cech istotnie sprzyjających wdrożeniu projektu srebrnej gospodarki. Są to – po pierwsze – zasoby ludzkie i zasoby pracy, których edukacja i zatrudnienie może być ukierunkowane na produkty i usługi srebrnej gospodarki. Powinien więc to być region o pozytywnych wskaźnikach demograficznych (przypoście naturalnym i dzietności) oraz posiadający rozwinięte szkolnictwo (średnie zawodowe i wyższe), kształcące absolwentów niezbędnych w rozwoju srebrnej gospodarki.

Po drugie – powinien to być region mający potencjał ekonomiczny i kapitał ludzki, sprzyjający rozwojowi małych i średnich przedsiębiorstw, umiejętnie dostosowujący swoje produkty i usługi do bardziej zindywidualizowanych potrzeb osób w wieku demograficznie niemobilnym i starszym.

Po trzecie – region taki powinien posiadać takie zasoby naturalne i przyrodnicze, które można by wykorzystać do szerszego rozwoju usług uzdrowiskowych, rehabilitacyjnych oraz medycyny estetycznej.

Po czwarte wreszcie – region taki powinien mieć infrastrukturę transportową i komunikacyjną, pozwalającą na dotarcie do sieci placówek zdrowotnych i uzdrowiskowych, a przy tym przyjazną osobom starszym i mniej sprawnym.

Wdrożenie koncepcji srebrnej gospodarki do procesu regionalnego rozwoju zależy istotnie od czynników politycznych, a szczególnie od przekonania władz regionalnych i lokalnych do zasadności takiego rozwoju i następnie jego ukierunkowania na podstawie przygotowanych planów i programów, opartych na zgromadzonych środkach z różnych źródeł. Wprzęgnięcie środków prywatnych byłoby tu szczególnie wskazane, jako że srebrna gospodarka jest zwykle działaniem biznesowym o stabilnych przychodach.

Przypisy

¹ W krajach Unii Europejskiej (EU 27) przeciętna stopa zatrudnienia osób w wieku 15–64 lata szacowana na podstawie danych aktywności ekonomicznej ludności (*labour force survey*) wynosi obecnie (2010 rok) 65%, a dla osób w wieku 55–64 lata nieco ponad 46% (GUS 2011).

² Gdyby w Polsce przynajmniej o 10 punktów procentowych wzrosła stopa zatrudnienia osób 50+, to nastąpiłaby znacząca poprawa wskaźników w wielu dziedzinach, skutkując wzrostem PKB.

³ Na gruncie ekonomii behawioralnej wyjaśnia to Piotr Bańbula [10] (2006).

⁴ Za przykładem Północnej Nadrenii-Westfalii poszły inne kraje niemieckie: Saksonia i Dolna Saksonia.

Abstract**Silver economy**

The aim of this article is to explain the concept of silver economy and present two examples of its implementation into the strategy and regional development programmes in Europe: North Rhine-Westphalia and Małopolska region. The concept of silver economy is based on an assumption that population ageing is not exclusively the burden to the economy but it contributes to its new growth factors. However, it is conditioned by an increased activity of senior citizens in labour, consumption and social fields. Prolonged ability to lead an active life of good quality demands investment in the health of population in general, not only of senior citizens. Healthy ageing requires an early intervention process. In the strategy for Małopolska, (differently than in the case of North Rhine-Westphalia), health sector plays an important role in the economy as a place of healthy ageing interventions carried out as part of chronic diseases preventions, health promotion, rehabilitation, geriatric medical care and long-term care. It is because of the potential generated by the medical labour resources and rehabilitation facilities for health-oriented silver economy strategy prepared for Małopolska region.

Piśmiennictwo:

1. Gee E.M., Gutman G. (red.), *The Overselling of Population Aging: Apocalyptic Demography, Intergenerational Challenges and Social Policy*, Oxford University Press, Toronto 2000.
2. Meyer-Hentschel H., Meyer-Hentschel G., *Handbuch Senioren-Marketing: Erfolgsstrategien aus der Praxis*, Meyer-Hentschel Management Consulting, Deutscher Fachverlag, Frankfurt 2000.
3. Naegele G., *Soziale Lebenslaufpolitik*, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2010.
4. GUS, *Badanie aktywności ekonomicznej ludności – BAEŁ*, Warszawa 2011.
5. Golinowska S., *The System of Long-Term Care in Poland, ENEPRI Research Report*, No. 83. Contribution to Wp 1 of the ANCIEN Project of the European Commission under the 7th Framework Programme (FP7 Health-2007-3.2.2, Grant no. 223483, 2010).
6. Eurostat, *Earnings statistics: Further Eurostat information*. Main Tables and Database 2010; www.epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics.
7. Ando A., Modigliani F., *The Life-cycle Hypothesis of Saving: Aggregate Implications and Tests*, „American Economic Review” 1963; 53, 1: 55–84.
8. OECD, *Growing unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries*, Paris 2008.
9. Rytłewska G., Kłopocka A., *Wpływ czynników demograficznych na poziom i strukturę oszczędności gospodarstw domowych w Polsce*, „Bank i Kredyt” 2010; 41(1): 57–80.
10. Bańbuła P., *Oszczędności i wybór międzyokresowy – podejście behawioralne*, „Materiały i Studia NBP” 2006: 208.
11. Olejniczuk-Merta A., *Młodzi konsumenci w procesach transformacji rynkowej*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009.
12. Oestlund B., *Silver Age Innovators: A New Approach to Old Users*, w: Kohlbacher F. (red.), *The Silver Market Phenomenon: Marketing and Innovation in the Aging Society*, Springer, Berlin – Heidelberg 2011.
13. Bywalec Cz., *Konsumpcja a rozwój gospodarczy i społeczny*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2010.
14. Liberda B., *Oszczędzanie w Polsce*, „Raporty CASE” 1999: 28.
15. Frenk J., Chen L., A Bhutta Z., Cohen J., Crisp N., Evans T., Fineberg H., Garcia P., Ke Y., Kelley P., Kistnasamy B., Meleis A., Naylor D., Pablos-Mendez A., Reddy S., Scrimshaw S., Sepulveda J., Serwadda D., Zurayk H., *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*, The Lancet Commission 2011.
16. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), *Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland*. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen, Bericht der Sachverständigen – Kommission, Berlin 2005.
17. Hilbert J., *Die Initiative Seniorenwirtschaft in Nordrhein-Westfalen*, Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen 2006.
18. Naegele G., Heinze R., G., Hilbert J. (red.), *Handwerk für ältere Menschen*, Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V., Institut Arbeit und Technik Ruhr-Universität Bochum, Dortmund 2006, www.ffg.uni-dortmund.de.
19. Golinowska S. (red.), *Wyzwania Małopolski w kontekście starzenia się społeczeństwa. Podejście strategiczne*, „Małopolskie Studia Regionalne” 2010; 2–3/19–20, Urząd Marszałkowski, Kraków 2010.
20. Balderhaar H., Busche J., Lemke M., Reyhn R., *Potenzialanalyse Seniorenwirtschaft*. Regionalökonomische Impulse für Stadt und Landkreis Göttingen durch ältere Menschen, Regionalverband Südniedersachsen e.V., Göttingen 2006.
21. Eitner C., Enste P., Naegel G., Leve V., *The Discovery and Development of the Silver Economy*, w: Kohlbacher F. (red.), *The Silver Market Phenomenon: Marketing and Innovation in the Aging Society*, Springer, Berlin – Heidelberg 2011.
22. Heinz R.G., Naegele G., *Silver Economy” in Germany – More Than Only the “Economic Factor: Old Age“!*, „Gerobilim”: Issue 02, 2009.
23. Szukalski P., *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, Instytut Spraw Publicznych i ZUS, Warszawa 2009.
24. Wiśniewski Z. (red.), *Zarządzanie wiekiem w organizacjach wobec procesów starzenia się ludności*, Wydawnictwo, Dom Organizatora, Toruń 2009.

O autorce:

prof. dr hab. Stanisława Golinowska – kierownik Zakładu Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Kraków.